

FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES



¡BIENVENIDO! Nos complace ser su proveedor de servicios de salud. A fin de proporcionarle la mejor atención posible, le pedimos la siguiente información. Gracias por llenar el formulario en su totalidad.

Por favor, complete las secciones 1 a 9.

1. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE					
NOMBRE Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Apellido anterior	Nombre de su preferencia
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO / /		SEXO DEL PACIENTE ⇔⇔ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN LÍNEA 1			IDIOMA DE SU PREFERENCIA (marque una opción) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN LÍNEA 2		APARTAMENTO			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
ESTADO CIVIL (marque una opción) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo					
TELÉFONO PRINCIPAL		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		SITUACIÓN DE ESTUDIANTE (marque una opción) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No es estudiante	
TELÉFONO ALTERNO		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		SITUACIÓN DE VETERANO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL			FUMADOR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA					
INGRESOS		Ingresos anuales brutos del grupo familiar.		\$	
DISCAPACITADO		¿Padece el paciente de alguna afección continua que le impida realizar actividades diarias?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
NÚMERO TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR		Número de miembros de la familia incluidos en su declaración de impuestos.			
NÚMERO TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS		Número de niños menores de 18 años que viven en el hogar.			
SITUACIÓN FAMILIAR (marque una opción) Por favor describa la cabeza de la familia		<input type="checkbox"/> Individuo <input type="checkbox"/> Mujer soltera <input type="checkbox"/> Hombre soltero <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Se desconoce			
IDENTIDAD DE GÉNERO (marque uno)		<input type="checkbox"/> Declinó <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a masculino <input type="checkbox"/> Género fluido <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculino a femenino <input type="checkbox"/> Otro/a			
ORIENTACIÓN SEXUAL (marque uno)		<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Declinó <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Heterosexual			
3. POR FAVOR, PROPORCIONE LOS NOMBRES DE SUS DOCTORES ACTUALES					
MÉDICO		SALUD MENTAL			
DENTAL		OBSTETRICIA			
4. AVISO DE PRIVACIDAD					
Recibí el aviso de prácticas de privacidad de Neighborcare Health, que describe cómo puede usarse y divulgarse la información relacionada con mi salud, y cómo puedo tener acceso a ella.				Iniciales	

FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES



Continúa del reverso.

5. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
NOMBRE Apellido		Primer nombre	FECHA DE NACIMIENTO / /
			SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN		APARTAMENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CASA

6. TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)			
NOMBRE Apellido		Primer nombre	FECHA DE NACIMIENTO / /
			SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN		APARTAMENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CASA

7. PREGUNTAS ADICIONALES (Marque una respuesta por cada pregunta)	
SITUACIÓN DE VIVIENDA	<input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> No indigente <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transitoria <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se desconoce/No se ha notificado
SITUACIÓN DE TRABAJADOR MIGRANTE	<input type="checkbox"/> No trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> de temporada
¿ES NECESARIO UN INTÉRPRETE PARA ESTE PACIENTE?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RAZA	<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Originario de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Se negó a identificarse
ORÍGEN ÉTNICO	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Otro/Sin registro

8. SEGURO	
¿CUENTA CON SEGURO? (En caso afirmativo, por favor muestre su tarjeta del seguro a la recepcionista.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿LE GUSTARÍA SOLICITAR NUESTRO PROGRAMA DE TARIFA DE ESCALA DE INGRESO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

9. FIRMA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN		
<p>CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA: Declaro que la información de registro que proporcioné a Neighborcare Health está al día y es correcta, y entiendo que cualquier distorsión intencional de la información puede provocar el pago completo por todos los costos de los servicios recibidos. Doy mi autorización para que el personal médico, de salud mental y de atención dental emplee los tratamientos y terapias establecidos, que consideren profesional y médicamente necesarios o recomendables para el diagnóstico y tratamiento de mi(s) problema(s) de salud. Entiendo que la atención médica puede ser proporcionada por un médico, un enfermero autorizado, un médico asociado u otro profesional autorizado. Entiendo que la atención para la salud mental puede ser proporcionada por un psiquiatra, un psicólogo u otro profesional autorizado. Entiendo que la atención dental puede ser proporcionada por dentistas o especialistas en higiene dental autorizados, o bien, por estudiantes de odontología o higiene o voluntarios capacitados, de acuerdo con la Ley de la Práctica Dental del Estado de Washington. Esta autorización permanecerá vigente a menos que el consentimiento sea cancelado por escrito y entregado al Director de Medicina o de Atención Dental. Por medio del presente, autorizo a Neighborcare Health a divulgar a mi aseguradora cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados, al CMS (Centro de Servicios de Medicare y Medicaid) o al DSHS (Departamento de Servicios Sociales y de Salud). Por medio del presente, autorizo a la aseguradora con la que estoy afiliado a pagar directamente cualquier beneficio de cualquier póliza de seguro a los profesionales de la salud que me hayan atendido. Acepto pagar en su totalidad los cargos que no cubra el seguro asignado.</p>		
FIRMA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA / /